Rok LV. Kraków, 1. sierpnia 1916. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PÓŁWIECZE »GAZETY LEKARSKIEJ«.

Nietylko w Polsce, ale nigdzie wogóle niema i nie było czasopisma lekarskiego, któreby miało prawo tak chlubnie zamykać pierwszy, półwiekowy okres swej działalności, jak warszawska »Gazeta lekarska«.

Bo też stanowisko i praca »Gazety lekarskiej« były przez większą część tego okresu zupełnie wyjątkowe, a czasopiśmiennictwo lekarskie nie zna drugiego podobnego przykładu.

»Gazecie lekarskiej« przypadło mianowicie zadanie niebywałe, zdawałoby się niemal nieprawdopodobne; w społeczeństwie, pozbawionem własnej Szkoły Głównej, własnego Wydziału lekarskiego, stać się ogniskiem, któreby brak ten choć częściowo zastąpiło.

Hasłem »Gazety lekarskiej« było w chwili jej narodzin budzenie i popieranie samodzielności polskiej nauki lekarskiej. Ale wtedy działała jeszcze nasza świetna Szkoła Główna; pracownie i kliniki jej Wydziału lekarskiego, szeroko jeszcze dla Polaków otwarte, były właściwym warsztatem owej pracy samodzielnej, której »Gazeta lekarska« miała być tylko zewnętrznym wyrazem; profesorowie tego Wydziału, a zarazem redaktorowie nowego czasopisma, byli jeszcze tej pracy nieograniczonymi kierownikami, ożywionymi wspólną myślą i dążeniem, byli zwartem ciałem, szerzącem koło siebie atmosferę naukową, najwyższym areopagiem, mającym wszelką moc i prawo czuwania nad zniczem polskich umiejętności lekarskich. I wtedy zaś, i później, służyły w Polsce tymsamym hasłom i w podobny sposób, jak »Gazeta lekarska« w początkach swej działalności, inne czasopisma naukowe, choć może w łatwiejszych warunkach.

Ale po zamknięciu Szkoły Głównej, im bardziej uniwersytet warszawski stawał się dla polskiego społeczeństwa instytucyą obcą i w końcu wrogą. tem bardziej przesuwała się rola »Gazety lekarskiej« na pole nowe, zrazu nawet nie przeczuwane, tem większy spadał na nią ciężar zadań i... odpowiedzialności wobec społeczeństwa. Przed tym ciężarem i przed tą odpowiedzialnością nie uchyliło się grono redakcyjne; i oto stało się zwolna takiem ogniskiem, w którem zestrzelały się najlepsze myśli i najgórniejsze dążenia, takim strażnikiem ołtarzów nauki lekarskiej polskiej i jej sternikiem w tamtej dzielnicy Polski, jakim był przedtem polski Wydział lekarski warszawskiej Szkoły Głównej. A biorąc w dziedzictwo tradycye Szkoły, stało się to grono w zakresie swego działania istotnie, jak ze słuszną dumą podnosi dzisiejsza Redakcya »Gazety lekarskiej«, częścią »tej żywej siły narodu, co nigdy nie zrezygnowała z najtęższych jego dążeń«.

Polska nauka lekarska odbudowuje dziś w Warszawie najgłówniejszą podstawę prawidłowego swego rozwoju, własną uczelnię, a dla tej odbudowy znajduje zachowane i wzmocnione zdrowe podwaliny. Dla tych, którzy te podwaliny zachowali i wzmocnili, niema większej i lepszej nagrody nad poczucie dokonanego zadania, nad świadomość wywalczonego niemal wbrew nadziei zwycięstwa.

A niema może i lepszego życzenia nad to, aby tej podwójnie nam wszystkim dziś drogiej, zmartwychpowstałej polskiej Wszechnicy, stać się znów pomocą i podporą, aby być wraz z Nią na zawsze współsiewcą ziarna, z którego rośnie lepsza przyszłość nasza.

Takie też życzenie składamy »Gazecie lekarskiej« na wiązanie złotych jej z polską nauką ślubów.

Redakcya.

Z pracowni anatomopatologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny.

Podał

Prof. Dr Józef Hornowski.

Przy wykonywaniu sekcyi zmarłych na choroby umysłowe natyka się anatomopatolog znacznie częściej, niż u zmarłych, którzy byli umysłowo zdrowi, na przypadki, w których przyczyna śmierci bywa niewyjaśniona, lub mało wyjaśniona, nietylko klinicznie, lecz i sekcyjnie. Nie znajdujemy wtedy w narządach zmarłego makroskopowo najlżejszych bodaj zmian czyto w postaci, nieżytowego zapalenia płuc, czy zmian w mięśniu sercowym, czy wogóle jakichkolwiek choćby najdrobniejszych zmian, do których możnaby się było przyczepić, jako do przyczyny śmierci.

Fakty te oddawna zwracały uwagę psychiatrów, którzy w ten lub inny sposób starali się wyjaśnić przyczynę śmierci w takich przypadkach, operując jednak głównie w sferze domysłów i przypuszczeń.

Przypuszczenia te były o tyle umotywowane, o ile naprzykład stwierdzono u zmarłego zmiany odżywcze skóry w postaci odleżyn, chociażby nie zbyt znacznych, co stawiano w związek wogóle ze schorzeniem mózgu, o ile u chorego występował nagły, a nieustający spadek wagi ciała, który go wreszcie doprowadzał do śmierci, gdy u chorego występowały przed śmiercią objawy, jak twierdzono pochodzenia mózgowego, nadmiernego podniesienia lub spadku ciepłoty ciała, gdy chory nie sypiał przez czas dłuższy, gdy wreszcie chory umierał w napadzie drgawek. W takich przypadkach można było klinicznie, lecz wyłącznie tylko klinicznie, w pewien sposób umotywować przyczynę śmierci.

Trudniej było wyjaśnić te przypadki śmierci, w których następowała ona po kilku lub kilkunastu dniach ruchowego podniecenia chorego, przy którem jednak ogólne odżywianie jego nie cierpiało znacznie, czasem nawet nie można było stwierdzić spadku wagi ciała, przenoszącego $^1/_4$ kilograma na dobę. Wprowadzono tu więc pojęcia przekrwienia opon i mózgu (hyperaemia meningum et cerebri), co stwierdzano na sekcyi i co uważano za przyczynę śmierci, początkowo nie umiejąc tego objaśnić, później objaśniając występującą wtedy nadmierną różnicą między pojemnością czaszki, a objętością przekrwionego mózgu. Reichardt wprowadził dość złożoną metodę określania tej pojemności, lecz i ona zawiodła. W wielu przypadkach sekcyjnych różnice te były tak małe (7—8%), iż dla objaśnienia przyczyny śmierci musiał Reichardt w takich razach uciekać się do przypuszczenia, że na kilka dni lub nawet godzin przed śmiercią różnice te musiały wynosić więcej (może do 25%), czego jednak sekcyjnie już nie można było stwierdzić z powodu zmian pośmiertnych w ukrwieniu mózgu.

Wreszcie najtrudniej było wyjaśnić te przypadki śmierci u chorych umysłowych, których życie gasło stopniowo, jak świeca, bez widocznych przyczyn. Reichardt wprowadził dla takich przypadków objaśnienie »śmierci mózgowej«, w której przeprowadza analogię pomiędzy wyczerpywaniem się mechanizmu zegarka, bez widocznych zmian w jego częściach budowy wewnętrznej, a wyczerpywaniem się mózgu, który odmawia kierownictwa czynności życiowych ustroju.

Wszystkie te spekulacye myślowe rozbijają się jednak o fakt zasadniczej wagi, że jedni z chorych umysłowych, o takiem samem odżywieniu i z takim samym stanem umysłowym, umierają bez widocznej przyczyny, inni żyją całemi latami, nawet pomimo okresów silnego podniecenia lub większego spadku wagi ciała. Zatem przyczyną śmierci musi być coś innego, coś, co bezpośrednio wpływa na ogólny stan somatyczny umysłowo chorego.

Pragnąc rozwiązać to zadanie, zwróciłem się do badań gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wychodząc z założenia, że ścisły zespół czynności tych gruczołów jest warunkiem niezbędnym dla zdrowia i życia osobnika, co dziś jest faktem stwierdzonym.

W badaniach moich, w przypadkach niewyjaśnionej przyczyny śmierci, robiłem możliwie najdokładniejszą sekcyę zmarłego, biorąc do badania drobnowidowego wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania.

Aby być możliwie przedmiotowym, przedstawię treściwie wynik tych badań w każdym poszczególnym przypadku, uwzględniając jednak tylko rzeczy ważne i istotne, później zaś przejdę do wniosków.

1. S. M. kob. l. 28, Liczba protokołu sekcyjnego 19, r. 1914. Zmarła w podnieceniu (Dementia praecox).

Na sekcyi stwierdzono tylko przekrwienie opon, mózgu i wogóle wszystkich narządów.

Badania mikroskopowe gruczołów wewnętrznego wydzielania dało następujące wyniki:

Przysadka mózgowa: Część tylna bardzo duża, o rozmiarach 8 mm $\times$ 6 mm, zajmuje większą część przysadki; część przednia, przedstawiająca się w postaci wązkiego (w najszerszych miejscach 4 mm) półksiężyca, stanowi zaledwie $^1/_3$ część całej przysadki. W części przedniej występuje w komórkach pewien bezład, komórki wyglądają, jak roztrzęsione. Przeważają wśród nich komórki główne i ogniska syncytyalne; komórek eozynochłonnych wybitnie mało, nieco komórek ciążowych.

W nadnerczach warstwa siatkowata kory wykazuje znaczne nagromadzenie barwika w komórkach, natomiast komórki istoty rdzeniowej nie wykazują prawie żadnego chromowania się, co wskazuje na osłabienie czynności wydzielniczej układu chromochłonnego.

W tarczycy pęcherzyki całkowicie wypełnione koloidem eozynochłonnym.

W szyszynce, tylnej części przysadki, gruczołach przytarczycznych, trzustce, jajnikach, niema zmian patologicznych.

2. M. B. kobieta l. 40, L. pr. sek. 21 r. 1914. Zmarła w podnieceniu. (Dementia praecox).

Na sekcyi stwierdzono przekrwienie opon mózgowych, mózgu, jak również wszystkich narządów, poza tem mierny stopień wodogłowia wewnętrznego.

Przysadka mózgowa: Część tylna zajmuje nieco więcej, niż $^1/_2$ przysadki. W części przedniej znacznie zwiększona ilość komórek bazochłonnych.

W nadnerczach warstwa siatkowata kory wykazuje znaczne nagromadzenie barwika w komórkach, głównie jednak w nadnerczu lewem. W nadnerczu prawem prawie zupełny brak istoty rdzeniowej, która przedstawia się w postaci wąziutkiego pasma, szerokości nie większej nad 216 μ, w nadnerczu lewem szerokość istoty rdzeniowej nigdzie nie wynosi ponad 1 mm. Komórki chromochłonne wykazują bardzo słabe chromowanie się.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych niema.

3. I. T. kob. l. 38 L. prot. sek. 36 r. 1914. Zmarła w podnieceniu (Dementia praecox).

Na sekcyi: przekrwienie opon i mózgu, oraz wszystkich narządów.

Przysadka mózgowa: Część tylna bardzo mała. W części przedniej liczne ogniska syncytyalne, dość liczne komórki bazochłonne, układające się cewkowato, bardzo nieliczne eozynochłonne. W części pośredniej (pars intermedia) liczne twory torbielowate, wysłane nabłonkiem płaskim, zawierającym liczne kulki tłuszczowe; wewnątrz torbieli koloid płynny, amfochłonny, słabo barwiący się.

W nadnerczach w korze wybitnie mało lipoidów we wszystkich trzech warstwach, miejscami zaś brak ich w komórkach zupełnie; braki te występują ogniskowo. W warstwie siatkowatej kory mało barwika w komórkach. Istota rdzeniowa miejscami szersza nawet od korowej i w porównaniu z korową bardzo silnie przekrwiona. W rdzeniowej dużo komórek zwojowych, tu i ówdzie nacieki limfocytowe. Komórki istoty rdzenio-

wej wykazują prawie zupełny brak chromowania się, natomiast w silnie rozszerzonych naczyniach ciemno-brunatne bryłki.

W jajnikach bardzo mało komórek śródmiąższowych, liczne ciała białawe (corpora albicantia), bardzo silne zgrubienie ścian naczyniowych, silnie rozwinięta i przekrwiona podściołka (stroma).

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

4. P. A. l. 40 kob. L. prot. sek. 52 r. 1914. Delirium acutum. Katatonia acuta.

Sekcyjnie: Przekrwienie opon, mózgu i narządów.

Przysadka mózgowa: Stosunkowo dużo komórek eozynochłonnych, dość liczne bazochłonne, dużo koloidu bazochłonnego w przestrzeniach części pośredniej (pars intermedia).

Nadnercza. W nadnerczu lewem zupełny brak istoty rdzeniowej, w prawem rdzeniowa nie przenosi szerokości 1 mm. Komórki istoty rdzeniowej chromują się bardzo słabo. W warstwie siatkowatej kory nadnercza prawego bardzo znaczne ilości barwika w komórkach.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

5. Sz. W. męż. l. 37 L. prot. sek. 53 r. 1914. Zmarł w podnieceniu. (Dementia praecox).

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu i narządów.

Przysadka mózgowa. Zwapnienie w znacznie zgrubiałej torebce. W części przedniej liczne ogniska syncytyalne, bardzo liczne komórki bazochłonne, nieco mniej niż zwykle komórek eozynochłonnych.

Nadnercza: Liczne nadnercza dodatkowe w torebce. Prawie zupełny brak lipoidów w komórkach kory, najwięcej ich jeszcze w warstwie kłębkowej. Istota rdzeniowa 2 razy szersza od korowej, liczne w niej komórki zwojowe. Komórki chromochłonne barwią się znacznie słabiej, niż zwykle, jednak barwią się wszystkie. W istocie rdzeniowej silnie rozszerzone naczynia i liczne, choć drobne, w różnych miejscach porozrzucane wybroczyny.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

6. M. M. kob. l. 52 L. prot. sek. 78 r. 1914. Delirium acutum. Katatonia acuta.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu i narządów, krwotok do prawego płatu tarczycy.

Przysadka mózgowa: W części tylnej nieco większe ilości tkanki łącznej. W części przedniej bardzo znaczne przekrwienie, szczególniej w porównaniu z częścią tylną. Tu i ówdzie dość liczne skupienia komórek bazochłonnych.

Nadnercza: Istota rdzeniowa w najszerszych miejscach ma średnicy 270 μ, gdy korowa dochodzi do 864 μ. W istocie rdzeniowej dość liczne ogniskowe nacieki komórek limfocytarnych. Komórki chromochłonne chromują się na ogół dość dobrze, z wyjątkiem pewnych miejsc, które wykazują prawie zupełny brak chromowania się komórek. W części siatkowatej kory komórki zawierają naogół mało barwika.

Tarczyca: Płat prawy, z wyjątkiem górnej, nieznacznej części, zupełnie zniszczony przez krwotok dość świeży, gdyż tu i ówdzie znajdujemy w nim małe grudki hemosyderyny, dającej odczyn żelaza. W części górnej daleko posunięte zmiany koloidowe, polegające na obecności torbieli, w ścianie której nabłonek jest silnie spłaszczony. Zwyrodnienie koloidowe spotykamy i wśród tkanki pomiędzy pęcherzykami. Takież zmiany, i to w znacznym stopniu, wykazuje lewy płat tarczycy.

Gruczoły przytarczyczne bardzo silnie przekrwione, wykazują nader nieliczne komórki kwasochłonne.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych nie wykazują.

7. S. M kob. l. 50, L. prot. sek. 81 r. 1914. Delirium acutum. Katatonia acuta. W końcu życia drgawki.

Na sekcyi wybitne przekrwienie opon, mózgu, narządów, oraz wylewy krwawe po stronie prawej w okolicy obydwu gruczołów przytarczycznych.

W gruczołach przytarczycznych brak prawie zupełny komórek kwasochłonnych, w jednym z gruczołów niewyraźne kontury komórek i grupowanie się ich w postaci tkanki syncytyalnej, w drugim gruczole drobna wybroczyna krwawa.

Nadnercza: Istota rdzeniowa mniej więcej szerokości istoty korowej, komórki jej jednak wykazują wybitną wakuolizacyę i bardzo słabe chromowanie się.

Jajniki w okresie zaniku, poprzerastane tkanką łączną wykazują liczne ciała białawe (corpora albicantia) i dość liczne komórki śródmiąższowe.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez szczególnych zmian.

8. K. A kob. l. 23, L. prot. sek. 90 r. 1914. Katatonia acuta. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

Przysadka mózgowa: Bardzo znaczne, w porównaniu z częścią przednią, przekrwienie części tylnej. W części przedniej bardzo liczne skupienia komórek bazochłonnych, natomiast bardzo nieliczne komórki eozynochłonne.

W nadnerczach szeroka istota rdzeniowa, nieco tylko węższa od korowej. Prawie zupełny brak chromowania się komórek tej istoty i rozszerzenie znaczne naczyń krwionośnych. W warstwie siatkowatej w korze obfite ilości barwika w komórkach.

Tarczyca duża, wagi 48 grm, całkowicie prawie składa się z torbieli, wypełnionych koloidem eozynochłonnym, blado barwiącym się. Nabłonki pęcherzyków znacznie spłaszczone, pęcherzyki bardzo nierównomiernej średnicy.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

9. Sz. M. kob. l. 38, L. prot. sek. 128 r. 1914. Dementia praecox. Delirium acutum.

Na sekcyi: Przekrwienie opon, mózgu, narządów, obecność grasicy wagi 16 gramów i silnie rozwinięty układ chłonny.

Grasica przedstawia się jako narząd czynny, nieznaczna przewaga dość dużych nabłonkowatych komórek przed pseudolimfocytami, dość liczne ciała Hassala, z których większość wykazuje dobrze konturujące się i wyraźne komórki. Stosunkowo mało tkanki łącznej.

Przysadka mózgowa dość duża, wagi 0·75 grm, wykazuje w części przedniej znaczną ilość komórek bazochłonnych, w części tylnej sporo barwika.

Tarczyca nieduża, wagi 19·0 grm., zawiera jednak dość dużo eozynochłonnego koloidu, barwiącego się wyraźnie, poza tem występuje pewna nierównomierność pęcherzyków co do ich średnicy, jak również miejscami dość znaczne spłaszczenia nabłonków.

Nadnercza stosunkowe małe i płaskie, ich istota rdzeniowa bardzo wązka, w najszerszych miejscach wynosi 540 μ. miejsc takich jednak nie dużo, przeważają inne o szerokości od 216 do 324 μ. Komórki chromochłonne barwią się bardzo słabo.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania niema zmian patologicznych.

10. T. S. kob. l. 18, L. prot. sek. 140 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi silne przekrwienie opon i mózgu, obecność grasicy dużej, leżącej nietylko na dużych naczyniach, lecz częściowo i na sercu, wagi 26 gramów. Układ chłonny bardzo nieznacznie powiększony.

Grasica wykazuje budowę drobnowidową narządu u dziecka do 2 lat; znaczna ilość komórek nabłonkowatych, nieliczne pseudolimfocyty, bardzo liczne ciała Hassala, przeważnie małe i składające się z wyraźnych dużych komórek. Odgraniczenie istoty korowej od rdzeniowej wyraźne, rdzeniowa 3—4 razy szersza od korowej. Tkanki łącznej prawie niema.

Nadnercza małe, płaskie, z wybitnie wązką istotą rdzeniową, nie przenoszącą 216 μ, miejscami zaś nawet węższą. Komórki chromochłonne barwią się stosunkowo słabo, jednak miejscami wykazują zabarwienie jasno-brunatne, przeważnie zaś żółtawe.

Gruczoły przytarczyczne wykazują bardzo znaczną ilość komórek kwasochłonnych, oraz niezawsze wyraźne konturowanie się komórek głównych.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych nie znaleziono.

11. Z. H. kob. l. 48 L. prot. sek. 168 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Delirium acutum.

Na sekcyi silne przekrwienie opon, mózgu, narządów, oraz 4 nadnerczaki kory nadnercza lewego, dochodzące do wielkości wiśni.

Tarczyca prawie cała składa się z dużych torbieli, wielkości nieraz orzecha włoskiego, wypełnionych koloidem eozynochłonnym, częściowo amfochłonnym, płynnym. Widzimy poza tem znaczne spłaszczenie nabłonków pęcherzyków, zanik wielu pęcherzyków, zmiany szkliste w tkance, znaczne stłuszczenie nabłonków tych pęcherzyków, które napozór są dobrze zachowane.

Nadnercza wykazują bardzo wybitną budowę gąbczastą komórek kory i nadnerczaków, natomiast przy barwieniu sudanem III stosunkowo małe ilości barwiących się lipoidów. Istota rdzeniowa stosunkowo wązka, gdyż przeciętnie szerokość jej nie przenosi $1/2$ milimetra; komórki chromochłonne barwią się słabo jasno żółto.

Jajniki wykazują znaczne zmiany zanikowe, liczne ciała

białawe (corpora albicantia), znaczne zgrubienie ścian naczyniowych i liczne komórki śródmiąższowe.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania obrazy na ogół prawidłowe.

12. P. A. mężczyzna l. 33, L. prot. sek. 176 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Zmarł w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu i narządów wewnętrznych.

Przysadka wykazuje bardzo małą część tylną, poprzerastaną przez liczne pasma zbitej tkanki łącznej, grupującej się głównie koło naczyń. Również i w części przedniej nieco więcej niż zwykle tkanki łącznej. W części przedniej znajdujemy bardzo znaczną ilość komórek bazochłonnych, układających się gniazdowato i cewkowato. Komórki pasmami wrastają na dość znacznej przestrzeni do części tylnej. Ilość komórek eozynochłonnych zwykła.

Tarczyca duża, wagi 43 gramów, wykazuje znaczne rozszerzenie pęcherzyków, nierównomierność ich średnicy, wahającej się od 125 μ do 624 μ, oraz bardzo znaczne spłaszczenie wszystkich nabłonków pęcherzykowych.

Nadnercza: Istota rdzeniowa równa się pod względem szerokości istocie korowej, natomiast komórki chromochłonne wykazują bardzo znaczny stopień wakuolizacyi, a miejscami nie chromują się zupełnie, na ogół zaś chromują się bardzo słabo. W komórkach istoty siatkowatej znajdujemy bardzo znaczne ilości barwika.

W innych gruczołach wydzielania wewnętrznego zmian nie znaleziono.

13. P. S. kob. l. 33, L. prot. sek. 203 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

Przysadka mózgowa wykazuje prawie zupełny brak komórek eozynochłonnych, natomiast liczne ogniska syncytyalne, oraz nieliczne komórki bazochłonne i ciążowe. W części tylnej prawie zupełny brak barwika.

Nadnercza dość duże, wykazują zupełny brak chromowania się komórek istoty rdzeniowej, choć jej szerokość jest dość znaczna, gdyż miejscami jest ona nawet szersza od istoty korowej.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych nie stwierdzono.

14. Z. M. kob. l. 32, L. prot. sek. 205 r. 1914. Katatonia acuta. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

Przysadka: Część tylna zajmuje prawie $^1/_2$ całej przysadki, w części tej zupełny prawie brak barwika, natomiast bardzo silne przekrwienie. W części przedniej bardzo liczne komórki ciążowe, przewaga znaczna głównych, natomiast brak prawie zupełny komórek eozynochłonnych.

W nadnerczach bardzo wązka istota rdzeniowa, nie przenosząca nigdzie 432 μ. Komórki chromochłonne na ogół chromują się słabo, wszędzie jednak wykazują ziarnistości chromochłonne. W warstwie siatkowatej kory zawierają komórki dość znaczne ilości barwika.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian nie znaleziono.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki chirurgicznej (dyrektor radca dworu Prof. Dr L. Rydygier) i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Dr Z. Dmochowski) Uniwersytetu we Lwowie.

O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem.

(Badania doświadczalne)

podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

IV. Doświadczenie:

Pies wagi 12 kg., po wstrzyknięciu 0·1 morfiny uśpiony eterem, ułożony według Elsberga; wprowadzono do tchawicy cewnik półtwardy Nr 24 na 2 cm. powyżej podziału na oskrzela; cewnik połączony z bombą z tlenem. Cięciem płatowem odsłonięto V międzyżebrze, które nacięto na długości 5 cm. Po rozwarciu brzegów rany założono na gałąź tętnicy płucnej, dochodzącą do dolnego lewego płatu, dwie podwiązki i między niemi tętnicę przecięto. Szew okołożebrowy na ranę międzyżebrową; szew na mięśnie i skórę; opatrunek kolodionowy. Przed założeniem szwu, zamykającego ranę opłucnej, usunięto odmę przez rozdęcie płuca. Czas trwania zabiegu 10 min. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Po 14 dniach, kiedy klinicznie stwierdzono, że zdrowie zwierzęcia wróciło do stanu prawidłowego (pies odżywiał się zupełnie prawidłowo, poruszał się żwawo, przy bieganiu często tylko kaszlał), zabito psa chloroformem.

Sekcya: Na klatce piersiowej po stronie lewej rana operacyjna zagojona doraźnie. Po otwarciu klatki piersiowej płuca zapadają się dobrze, z wyjątkiem lewego płatu dolnego, który jest połączony z opłucną ścienną zrostami pasemkowatymi. Inne płaty płuca lewego mają opłucną nieco zgrubiałą, na przekroju ich widocznych zmian stwierdzić nie można. Płat dolny płuca lewego, poza znacznem zgrubieniem opłucnej, wykazuje większą zbitość, na przekroju widać skąpą ilość pęcherzyków powietrza, wydobywającego się przy ucisku, znaczniejsze przekrwienie tego płatu.

Badanie drobnowidowe:

a) Płuco lewe (tętnica niepodwiązana): Miernego stopnia ukrwienie, i to głównie w zakresie naczyń większych, natomiast dość słabe w zakresie naczyń włosowatych. Przegródki są ścieńczałe, pęcherzyki płucne małe, drobne; oskrzela o nabłonkach dobrze utrzymanych, puste. Pęcherzyki płucne tuż pod opłucną znacznie zmniejszone, przegródki zgrubiałe, a od strony przegródek bujają czopy tkanki łącznej młodej, obficie komórkowej, zarastającej światło pęcherzyków. Opłucna zgrubiała, od strony opłucnej buja gdzieniegdzie jednostajnie kosmkowata, młoda, obficie unaczyniona i komórkowa tkanka ziarninowa. Głębiej, niektóre przegródki są zgrubiałe, wytworzone z tkanki o obfitych jądrach, z komórek o charakterze łącznotkankowym, przyczem odpowiednie pęcherzyki mają światło zmniejszone. Oskrzela zmian widocznych nie okazują.

b) Płuco lewe (tętnica podwiązana): Opłucna włóknisto zgrubiała, pęcherzyki płucne pod opłucną okazują jeszcze gdzieniegdzie bardzo zmniejszone światło i są pozapadane, w innych miejscach są już zupełnie zarosłe tkanką obficie komórkową, wytworzoną z komórek włóknotwórczych, gdzieniegdzie limfoidalnych, z naczyniami krwionośnemi. Głębiej, na rozległych przestrzeniach, również zupełne zarośnięcie pęcherzyków, wskutek czego zupełne zniesienie budowy pęcherzykowej płuc, przyczem tkanka łączna, tworząca jednostajną masę, pod względem ilości komórek nie wszędzie jednakowo się przedstawia; gdzieniegdzie wśród tej tkanki można jeszcze dopatrzyć się ulegających zarastaniu pęcherzyków płucnych; wreszcie wśród tej tkanki są wybroczynki lub grudki hemosyderyny. Zaledwie gdzieniegdzie tylko widać grupy pęcherzyków płucnych, o utrzymanem dość dobrze świetle. Oskrzela są dobrze utrzymane, o świetle nieraz wybitnie porozszerzanem, a ścieńczałych ścianach, przyczem fałdy błony śluzowej wygładzają się.

Résumé: Płuco lewe, płat górny (tętnica niepodwiązana): Opłucna okazuje przewlekły stan zapalny. W częściach płuc pod opłucną przewlekłe zapalenie pod postacią bujania tkanki łącznej od strony przegródek międzypęcherzykowych. Również głębiej w płucu rozrost silniejszy tkanki łącznej w zakresie przegród międzypęcherzykowych. — Płuco lewe, płat dolny (tętnica podwiązana): Znacznie dalej posunięte zapalenie przewlekłe, z zupełnem zarośnięciem pecherzyków, tak, że tylko gdzieniegdzie są one jeszcze widoczne, jako zastępczo porozdymane. Nadto gdzieniegdzie nacieki drobnokomórkowe. Oskrzela dobrze utrzymane, porozszerzane. Opłucna zapalnie zgrubiała.

V. Doświadczenie:

Pies wagi 8 kg., po wstrzyknięciu 0·04 morfiny uśpiony eterem, poczem ułożony według Elsberga. Wprowadzono cewnik Nelatona Nr 19 do tchawicy, na 2—3 cm. powyżej podziału na oskrzela: cewnik połączony z bombą z tlenem; wykonano zabieg, identyczny z opisanym pod Nr. 4. Czas trwania operacyi 14 min., ilość zużytego eteru około 30 gr. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Po 4 miesiącach od czasu operacyi, kiedy pies nie przedstawiał żadnych objawów chorobowych, zabito go.

Sekcya: Na klatce piersiowej po stronie lewej zupełnie zarosła włosami blizna pooperacyjna. Przy otwieraniu klatki piersiowej płuca zapadają się, z wyjątkiem płatu dolnego płuca le-

wego, który jest przyczepiony wiotkimi zrostami do opłucnej ściennej. Płat ten w odróżnieniu od pozostałych jest jakby skurczony, zmniejszony, zbitszy, na przekroju mało przekrwiony i słabo powietrzny. Opłucna mocno zgrubiała.

Badanie drobnowidowe:

a) Płuco prawe (tętnica niepodwiązana): Opłucna cienka, zmian widocznych nie okazuje. Przegrody międzypęcherzykowe są przeważnie znacznie zgrubiałe, wytworzone z tkanki łącznej, miernie komórkowej, utworzonej z komórek włóknotwórczych, nabłonkowatych; miejscami spotyka się już ogniskowe, jednostajniejsze nagromadzenia tej tkanki w miejscu niewidocznych już pęcherzyków płucnych. Pęcherzyki płucne jeszcze obficie utrzymane, pod względem wielkości światła okazują dość znaczną rozmaitość, obok więc bardzo dużych spotyka się bardzo drobne, prócz tego szczelinowate, jako następstwo więcej jednostajnego zgrubienia przegród międzypęcherzykowych. Naczynia są obfite, dobrze krwią wypełnione. Oskrzela w wielu miejscach o świetle porozszerzanem, w niektórych obfite złuszczenie nabłonków, wypełniających nieraz prawie zupełnie światło oskrzela.

b) Płuco lewe (tętnica niepodwiązana): Opłucna cienka, podopłucne pęcherzyki przeważnie znacznie porozdymane, naczynia włosowate miernie ukrwione. Głębiej spotyka się rozległe wylewy krwawe do pęcherzyków płucnych, z których jedne okazują jeszcze dość dobrze zachowane ciałka czerwone, inne, a tych jest więcej, okazują ich rozpad, i to pod względem stopnia zmian przedstawiający się dość rozmaicie, w każdym jednak razie ilościowo przeważają miejsca z krwią rozpadającą się. Przegródki międzypęcherzykowe są nader ścieńczałe, nabłonki ich w wielu miejscach pozłuszczane; miejscami przegródki już rozpadają się, tak, że zaledwie są widoczne ich resztki. Naczynia krwionośne większe wypełnione obficie krwią, porozszerzane. W niektórych pęcherzykach spotyka się czerwono barwiące się masy. Oskrzela zupełnie pozbawione nabłonków.

c) Płuco lewe (tętnica podwiązana): Brzeg przedni płuca ma opłucną niezmienioną, pęcherzyki płucne są w znacznej części pozapadane, inne natomiast zastępczo rozdęte. Przegródki międzypęcherzykowe gdzieniegdzie zgrubiałe, a nabłonki łuszczą się lub są pozłuszczane. Naczynia krwionośne przekrwione. Mniej lub więcej podobnie przedstawiają się części podopłucne na przedniej powierzchni płatu, przyczem częściej spotykamy się tutaj z zarośnięciem pęcherzyków, a zawsze z porozszerzaniem i przekrwieniem drobnych i dużych naczyń krwionośnych. W głębszych częściach płuc widzimy podobne obrazy, jak w płacie tegoż płuca o niepodwiązanej tętnicy, ale w znacznie wyższym stopniu, a więc spotykamy tu już na znacznych przestrzeniach brak przegród międzypęcherzykowych, mniej lub więcej posuniętą ich martwicę, a w miejscach tych znajdują się masy blade, ziarniste lub jeszcze zachowane kontury pęcherzyków płucnych, wypełnionych bladą masą lub rozpadającemi się ciałkami czerwonemi. Wśród tej bladej, ulegającej martwicy tkanki i zmienionej krwi widać jeszcze naczynia o mniej lub więcej dobrze barwiących się ścianach, mniejsze i większe, porozszerzane i obficie krwią szczelnie wypełnione, o dość dobrze jeszcze utrzymanych śródbłonkach. To porozszerzanie i przekrwienie naczyń, szczególnie w owych bladych miejscach, uderza w oczy. W częściach jeszcze barwiących się znajduje się w wielu pęcherzykach obficie krew. Opłucna okazuje znaczne łączno-tkankowe zgrubienie, a naczynia jej są wyraźnie porozszerzane i przekrwione; w niektórych miejscach znajdują się zupełnie świeże złogi włóknika. Przegrody międzypęcherzykowe są znacznie zgrubiałe, wytworzone z tkanki łącznej, o skąpych włóknotwórczych komórkach, a silnie rozwiniętej istocie międzykomórkowej włóknistej; w wielu też miejscach pęcherzyki płucne są w wysokim stopniu zwężone, tak że z trudnością można je rozróżnić; śród tkanki łącznej znajdują się dobrze utrzymane, o szerokiem świetle i obficie krwią wypełnione naczynia włosowate.

Résumé: Płuco prawe: Opłucna bez zmian. W płucu niejednostajny rozrost tkanki łącznej na niekorzyść pęcherzyków płucnych. Złuszczenie nabłonków pęcherzyków i oskrzeli. — Płuco lewe z (tętnicą niepodwiązaną): Przekrwienie naczyń dużych. Rozległe wylewy krwi w pęcherzykach, przeważnie starsze. Złuszczenia nabłonków. — Płuco lewe z tętnicą podwiązaną: Przedni brzeg, z wyjątkiem rozdęcia pęcherzyków, bez zmian. W głębi płuca obok martwicy dalej posuniętej rozrost tkanki łącznej z zarośnięciem pęcherzyków. Przewlekłe i gdzieniegdzie świeże zmiany zapalne na opłucnej.

II.

Przytoczone powyżej moje doświadczenia posłużą mi obecnie do wyprowadzenia wniosków co do samego zabiegu, wykonywanego w tych doświadczeniach, a także do bliższego rozpatrzenia wyników bezpośrednich i później powstających, które, jak wiemy, uwzględnili Sauerbruch i Bruns, zalecając podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej w celach leczniczych.

Otóż co do samego zabiegu, to technika, podana pierwotnie, jest bardzo prosta i łatwa. W moich doświadczeniach różniłem się od Sauerbrucha i Brunsa tem, że, nie rozporządzając klinicznem urządzeniem do operowania w klatce piersiowej przy zróżniczkowanem ciśnieniu, uciekłem się do zaimprowizowanego przyrządu na wzór urządzenia Auer-Meltzera. Jak widać z protokołów doświadczeń, przyrządzik ten oddawał mi usługi zupełnie dobre i wystarczał w zupełności do usunięcia odmy piersiowej, która mogła wywrzeć ujemny wpływ na przebieg doświadczeń, wywołując zmianę w krążeniu płucnem niezależnie od zmian, wywoływanych przez sam zabieg; przypomnę tu sprawę krążenia w płucach przy sztucznej odmie piersiowej, poruszaną w przytaczanych powyżej pracach Cloetty, Brunsa, Müllera, Lohmana i innych. Przyrząd o typie Auer-Meltzera, z punktu widzenia teoretycznego, ma mniejszą wartość, niż przyrząd typu Sauerbrucha, przy którego użyciu działanie płuca odbywa się w warunkach więcej zbliżonych do warunków fizyologicznych. Wiemy z doświadczeń Sauerbrucha, Robinsona, Schlesingera, Küttnera, Cloetty, von Rohdena i innych, że zaburzenia w krążeniu płucnem przy użyciu przyrządu ze wzmożonem ciśnieniem (Überdruckverfahren) są znacznie większe, aniżeli przy użyciu przyrządu o typie Sauerbrucha. Tłómaczenie tego znajdujemy w fakcie, niedającym się zaprzeczyć, a stwierdzonym doświadczalnie przez Schenka, Lohmana, von Spee, że przy użyciu przyrządów z ciśnieniem wzmożonem, czy też przy insuflacyi sposobem Auer-Meltzera, nieuniknionem zjawiskiem jest uciśnięcie naczyń włosowatych w płucach, wywołujące wzmożenie ciśnienia w tętnicy płucnej, a zatem nasilenie pracy komory prawej serca. Oprócz tego inni autorzy teoretycznie uzasadniają wyższość przyrządów o typie Sauerbrucha (Willy Meyer i Giertz), w praktyce jednak okazało się, że różnice nie występują tak wybitnie i wartość przyrządów obydwóch typów ze względów praktycznych jest równa, tylko ten lub ów przyrząd może być więcej lub mniej wskazany, ze względu na szczególne w każdym przypadku potrzeby (Küttner, Schmieden, Meyer, Robinson, Körte, Sauerbruch). W moich doświadczeniach, gdzie zależało głównie na tem, aby przy zaszywaniu rany, drążącej do jamy opłucnej, usunąć odmę opłucną przez użycie przyrządu o zróżniczkowanem ciśnieniu, przyrząd Auer-Meltzera nie wywoływał zaburzeń w krążeniu płucnem, mogących dać jakieś stałe jego upośledzenie, raz dlatego, że działanie jego było ograniczone do bardzo krótkiego czasu, po drugie dlatego, że to wzmożone ciśnienie było zawsze bardzo nieznaczne — około 10—15 mm. rtęci; a wiemy z doświadczeń, że dopiero przy znacznie wyższych ciśnieniach występują wyraźnie ujemne skutki działania przyrządów o wzmożonem ciśnieniu (Seidel). — Użycie więc w moich doświadczeniach przyrządu o typie Auer-Meltzera nie może być uważane za szczegół, wprowadzający zmianę w operacyi Sauerbrucha i Brunsa i rozstrzygający o wynikach przezemnie osiągniętych.

Drugą modyfikacyą techniczną było ułożenie zwierząt w czasie operacyi. Sauerbruch i Bruns operowali zwierzęta w ułożeniu na boku — ja, idąc za radą Elsberga, układałem zwierzęta na brzuchu, aby tym sposobem uniknąć zjawiska »falowania śródpiersia« i jego zgubnych skutków. Operując tak, trzymałem zwierzęta w korzystniejszych dla nich warunkach, sama zaś operacya nie była wcale przez to trudniejsza, przeciwnie, dostęp do tętnicy płucnej był bardzo łatwy i światło, wpadając w głąb klatki piersiowej

z boku, znakomicie oświetlało pole operacyjne w głębi rany.

Sauerbruch i Bruns nie wspominają w swej pracy, czy ograniczali się tylko do podwiązania tętnicy płucnej, czy też ją przecinali pomiędzy dwoma podwiązkami: ja, postępując według zasady ogólnie w chirurgii przyjętej, a wprowadzonej przez Abernethyego, podwiązaną dwukrotnie tętnicę przecinałem pomiędzy podwiązkami.

Tyle co do samej techniki operacyjnej.

Co się tyczy przebiegu klinicznego pooperacyjnego, to zauważyć należy, że bywał on zwykle nadspodziewanie dobry, zwłaszcza, o ile uwzględni się zmiany anatomopatologiczne, występujące w płucach po tym zabiegu. Z góry można było spodziewać się, że wykluczając z krążenia tętnicy płucnej jeden płat płuca, nie stworzymy przez to trudnych dla ustroju warunków, wiemy bowiem z doświadczeń Sauerbrucha, że dla dostatecznego utleniania krwi wystarczy $^1/_{10}$ część prawidłowej powierzchni oddechowej; z drugiej zaś strony wiemy, że podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej może nie wykluczyć danego płatu ze sprawy utleniania krwi, dzięki połączeniom istniejącym pomiędzy układem małego krążenia, t. j. tętnicą płucną i żyłami płucnemi, a układem krążenia wielkiego, t. j. tętnicami i żyłami oskrzelowemi, zwłaszcza tylnemi. W przypadku przerwania dopływu do płuca krwi z tętnicy płucnej, krążenie utleniające objąć mogą tętnice oskrzelowe, doprowadzające krew do gałązek i naczyń włosowatych tętnicy płucnej, z którą pozostają w ścisłym stosunku anastomotycznym. Podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej należy uważać za powiększenie oporu w małem krążeniu; nie odbija się to również ujemnie na ustroju, gdyż zaburzenie to łatwo może się wyrównać, jak to wiemy z doświadczeń Lichtheima, ucznia Cohnheima. Gdy psu, porażonemu kurarą, przy sztucznem oddychaniu i po połączeniu tętnicy i żyły szyjnej z manometrami, całkowicie podwiązano lewą tętnicę płucną, to ani w tętnicy, ani w żyle szyjnej ciśnienie krwi najmniejszej nie uległo zmianie; nawet wykluczenie $^3/_4$ układu tętnicy płucnej pozostawało prawie bez wpływu na ciśnienie tętnicze i żylne. Tłómaczy to Cohnheim w ten sposób, że z chwilą takiego powiększenia oporu w małem krążeniu ciśnienie w pozostałej części płuca wzrasta, rozszerza drożne gałęzie tętnicy płucnej tak znacznie, względnie przyspiesza ruch krwi przez nie tak bardzo, że teraz tasama ilość krwi, która dotychczas przechodziła przez oba płuca, w tymsamym czasie przebiega przez pozostałą część drogi.

(Dokończenie nastąpi).

Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915.

Podał

Dr Władysław Dziewoński.

Od początku wojny leczono w szpitalu w Ł. 2413 chorych i rannych, wśród nich 377 chorych na cholerę, u których chorobę tę stwierdzono bakteryologicznie. Nie uwzględniam tu 114 podejrzanych co do cholery, u których tej choroby bakteryologicznie nie stwierdzono. Chorzy na cholerę przybywali do szpitala w dwóch okresach: w jesieni 1914 i w lecie 1915. Do epidemii jesiennej 1914 należało 180 przypadków; przebieg tej epidemii znany jest z publikacyi prof. Bujwida *), tu więc zajmę się tylko epidemią 1915 r., z której do naszego szpitala dostało się 197 przypadków, dotyczących prawie wyłącznie jeńców rosyjskich (172).

*) Wiener mediz. Wochenschrift 1914.

Wszyscy chory byli to ludzie młodzi, a mianowicie:

lat	—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—	Razem
	1	92	46	40	14	4	197

a więc w pełni sił i odporności.

Z nich zachorowało:		przybyło do szpitala:
w maju	19	1
w czerwcu	96	113
w lipcu	54	32
w sierpniu	25	45
we wrześniu	3	6

epidemia więc rozpoczęła się w połowie maja, a zaczęła wygasać w połowie sierpnia, od 12. VIII do 19. IX bowiem przybyło już tylko 8 chorych. Chorzy przybywali do szpitala rychło po zachorowaniu. I tak przybyło: w pierwszym dniu choroby 22, w 2. dniu — 28, w 3. dniu — 45, w 4. dniu — 28, w 5. dniu — 20, w 6. dniu — 15, w 7. dniu — 9, w 8. dniu 5; reszta po dłuższem trwaniu choroby (aż do 14 dni). Przypadki, dostające się do szpitala w późniejszym czasie, były to albo przypadki lekkie (n. p. biegunki), w których chorzy wogóle późno się zgłaszali, z ciężkich zaś takie, gdzie przyczyną późnego przyjęcia do szpitala był szczególny zbieg okoliczności (n. p. odnosi się to do jeńców, wziętych do niewoli już po dłuższem trwaniu choroby). Jeńcy rosyjscy, stanowiący prawie wyłącznie kontyngent naszych chorych w epidemii letniej 1915, pochodzili ze wszystkich niemal gubernii państwa rosyjskiego.

Ze 197 chorych na cholerę nie było innych zmian w ustroju u 156; ciężko rannych było 27, leko rannych 4, u jednego stwierdzono obrzęk śledziony, u 3 nieżyt oskrzeli, u 4 naciek w szczytach płuc, u 1 miażdżycę, u 1 przepuklinę. Oczywiście pomijam tu choroby, powstałe już w przebiegu cholery.

Co do źródła zakażenia, to wypytywano chorych szczegółowo, jaką wodę pili przed zachorowaniem; okazało się, że pili wodę ze źródeł, rzek, stawów i t. p., — pili więc wodę, jaka była; potężne uczucie pragnienia nie da się opanować. Jeden tylko chory podał, że pił wodę przegotowaną.

Tylko od 103 chorych dowiedzieliśmy się, w jakiej miejscowości wystąpiły u nich pierwsze objawy choroby; z pozostałych 94 większość nie znała nazwy miejscowości, z niektórymi zaś nie można się było porozumieć z powodu osłabienia, bezgłosu cholerycznego lub nieprzytomności. Z wyjątkiem 5 miejscowości nastąpiło zachorowanie w różnych miejscowościach Galicyi środkowej; najwięcej zachorowało w okolicy Jarosławia, część w pociągach kolejowych lub innych szpitalach, dokąd dostali się w okresie wylęgania. W żadnym z tych szpitali nie stali się ci chorzy źródłem zakażenia innych chorych, co dowodzi ścisłości w przeprowadzaniu środków ochronnych.

U wszystkich niemal chorych stwierdzono dobrą budowę ogólną i dobre odżywienie, z wyjątkiem 36, z których u 29 było odżywienie złe, u 4 mierne, u 20 budowa wątła.

W razie wyzdrowienia liche odżywienie dzięki dobrej dyecie szybko się poprawiało, przechodząc w dobre i bardzo dobre.

Objawy kliniczne cholery.

Według Jochmanna rozróżniamy klinicznie 4 postacie chory: biegunkę choleryczną, cholerynę, cholerę ciężką (zamartwiczą), piorunującą, nadto t. zw. stan durowaty pocholeryczny (Choleratyphoid).

1) Najlżejszą postacią cholery jest biegunka choleryczna. Chory oddaje kilka (4—10) stolców dziennie, papkowatych, półpłynnych lub wodnistych, ale zawsze kałowo lub żółcią zabarwionych. Prócz lekkich bolów w jelitach i przelewania, złego smaku w ustach, uczucia pragnienia i braku apetytu, żadnych innych objawów, a więc i wymiotów niema.

Ta postać cholery klinicznie niemal nie różni się od ostrego nieżytu jelit, a tylko badaniem bakteryologicznem można ją jako cholerę rozpoznać. Autorowie (Kolle, Hetsch, Koch itd.) zgodnie przyjmują, że przy tej postaci cholery nabłonek jelita nie uległ przez działanie toksyn (lub zdaniem Emmericha kwasu azotawego i azotynów) zniszczeniu i stawia skuteczną tamę przedostaniu się toksyn do limfy i krwi.

2). Cięższą postacią jest choleryna. Prócz wyżej wymienionych objawów występują wymioty (zazwyczaj wpierw biegunka) treścią pokarmową, później wodnistą, zabarwioną żółcią, smaku gorzkiego. Stolce stają się typowymi, ryżowymi. Ciepłota może się z początku podnieść, później opada, tętno staje się szybkie, drobne, kończyny chłodne, pojawia się bolesne ciągnienie w łydkach, do kurczów jednak nie dochodzi; głos staje się bezdźwięczny lub ochrypły (vox cholerica), ilość moczu się zmniejsza, nastaje uczucie ciężkiej niemocy. Stan taki trwa 3—4—5 dni, rzadko dłużej.

Choleryna nie wiele różni się klinicznie od cholery swojskiej i od ostrego nieżytu żołądka i jelit i tylko przez bakteryologiczne zbadanie rozpoznana być może.

Tak biegunka choleryczna, jak i choleryna, kończą się zawsze szczęśliwie; ale określić je jako takie można tylko »post hoc«, gdyż obie mogą przejść w formę trzecią ciężką (dlatego zawsze wskazana jest ostrożność w rokowaniu).

3). Cholera ciężka (cholera algida) daje obraz charakterystyczny, klinicznie łatwy do rozpoznania. Do wyżej wymienionych objawów dołączają się nieraz już w pierwszym dniu objawy niedomogi serca, wywołanej przez zagęszczenie krwi w następstwie wymiotów i biegunki oraz przez działanie toksyn, względnie produktów rozpadowych trujących, a więc spadek ciśnienia krwi, skutkiem tego sinica palców nóg i rąk lub ogólna, spadek ciepłoty (ciało zimne), skóra praczek na palcach rąk i nóg, głos choleryczny aż do bezgłosu, bolesne kurcze w mięśniach łydek, czasem i w innych mięśniach. Ilość moczu zmniejsza się aż do zupełnego bezmoczu. Nastaje ogólna a ciężka niemoc, tak że często chory nie może wstać nawet dla oddania stolców, które szybko stają się ryżowe. Przytomność zwykle utrzymana; chory z początku podniecony, niespokojny, bezsenny, później apatyczny, senny, przed zgonem głęboka śpiączka (coma). W razie zdrowienia wymioty i biegunka ustępują, tętno poprawia się, ciepłota podnosi się.

Cholera ciężka w połowie przypadków rozwija się z pierwszych dwu postaci, w połowie wprost, od pierwszej chwili, lub po czas jakiś (3 dni) trwających objawach zwiastunowych (nudności, dreszczyki, ogólne osłabienie). Jeśli cholera ciężka rozwija się w następstwie biegunki, mówimy wtedy o biegunce zwiastunowej (diarrhoea praemonitoria).

4). Cholera piorunująca (cholera siderans), najcięższa postać, bezwzględnie śmiertelna, ma albo przebieg podobny, jak ciężka, a tem różni się od niej, że w parę godzin wywołuje śmierć, albo też górują objawy zatrucia bez objawów żołądkowo-jelitowych, a wtedy mówimy o cholerze bez biegunki (cholera sicca).

5) Stan durowaty (tyfoid) jest chorobą następową po cholerze, rozwijającą się w 7—10 dni po wystąpieniu pierwszych objawów cholery, gdy już przypady żołądkowo-jelitowe zwolniały lub ustąpiły. Chory przedstawia obraz chorobowy, zupełnie odmienny od cholery. Na pierwszy plan wysuwają się objawy zajęcia świadomości. Gdy w przebiegu cholery chory jest przytomny, a jeśli traci przytomność, to niedługo przed śmiercią, to w stanie durowatym pocholerycznym chory jest albo zupełnie nieprzytomny, albo, co częściej, przytomność jest znacznie przyćmiona: chory ciągle śpi, oddycha wolno i bardzo głęboko (grosse Atmung), gdy go się przebudzi, wnet zasypia w ciągu półprzytomnej lub nieprzytomnej odpowiedzi. Gorączka czasem wysoka, twarz zaczerwieniona, spojówki nastrzykane, tętno silnie napięte, pełne, sinicy nie ma. Niekiedy pojawiają się objawy mocznicy (wymioty, drgawki), niekiedy objawy jakby czerwonki, przyczem stolce są cuchnące, krwawe, ze strzępami obumarłej błony śluzowej. Czasem pojawia się wysypka choleryczna (Choleraexanthem) która również może wystąpić bez stanu durowatego w okresie zdrowienia około 12. dnia.

Stan durowaty jest to stan chorobowy bardzo ciężki, występujący tylko po cholerze ciężkiej, a zazwyczaj kończący się śmiercią.

Różni autorowie różnie ten stan tłómaczą, jedni uważają go za mocznicę, inni za następowe zakażenie mieszane bakteryami jelitowemi. Jochmann uważa go za anafilaktyczny odczyn ustroju skutkiem masowego uwolnienia endotoksyn cholerycznych przez działanie lizyn.

Z 197 chorych stwierdziliśmy: biegunkę choleryczną u 70 (35·5%), cholerynę u 75 (38·07%), cholerę ciężką u 52 (26·5%); cholery piorunującej nie spostrzegaliśmy ani razu.

O ile biegunka choleryczna wyraźnie różni się od choleryny brakiem wymiotów, o tyle pomiędzy choleryną a cholerą właściwą mogą być przejścia. Myśmy rozpoznawali cholerę ciężką w przypadkach z wyraźnymi objawami ze strony krążenia, a więc gdy był zupełny zapad, albo gdy obok sinicy było tętno bardzo liche, wreszcie, gdy były wymioty, biegunka i kurcze obok nieznacznych objawów ze strony serca.

Biegunka choleryczna.

Z chorych na biegunkę 2 miało ponad 40 lat, — 15 wyżej 30 do 40 włącznie, reszta niżej 30 lat. Z nich 3 przybyło w pierwszej dobie choroby, 3 w 14. dobie, z reszty najwięcej w 3—4. dobie. U żadnego z nich nie stwierdzono wymiotów w szpitalu, ani też przed przybyciem do szpitala.

Dzienna ilość stolców zachowywała się rozmaicie.

Najwyższą ilość stolców dziennie (15) stwierdziliśmy u jednego chorego; średnio było 2—3—4 stolców dziennie.

Po jednym stolcu dziennie w początku pobytu w szpitalu stwierdziliśmy u 17 chorych, u których była biegunka przed przyjęciem do szpitala.

Biegunka trwała przez

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	13	13	16	20	? dni
u	2	8	10	15	7	7	6	3	1	1	1	2	1	6 chorych.

Największa ilość wypada na 5 dni. Chory, u którego biegunka trwała 20 dni, miał prócz cholery ranę postrzałową brzucha z przetoką kałową i jeszcze po upływie 20 dni miewał po dwa stolce dziennie. Obydwaj chorzy, u których biegunka miała trwać przez 15 dni, przybyli do szpitala w 14. dniu choroby, (jeden z nich miał mieć stolce krwawe z początku choroby, w szpitalu nie stwierdzono w stolcu prątków czerwonkowych, lecz choleryczne), a w szpitalu trwała jeszcze przez 2 dni. Co do dłużej trwającej biegunki przed przybyciem do szpitala, to mógł to być z początku zwykły nieżyt jelit, do którego później dołączyło się zakażenie choleryczne; wreszcie chorzy ci nie byli poprzednio leczeni, mogła się więc biegunka przedłużać. Te zastrzeżenia dotyczą również 3 chorych, u których biegunka miała trwać przez 10—13 dni

Na mocy powyższego można przyjąć, że biegunka w niepowikłanych przypadkach biegunki cholerycznej trwała u naszych chorych niżej tygodnia.

U 48 chorych były przy pierwszem badaniu stolce płynne, u 3 zbite, u reszty papkowate.

Barwa płynnych stolców była rozmaita; brunatną stwierdzono u 18 chorych, żółtawobrunatną u 7, żółtawą u 12, białożółtą u 1, a ryżowe, bezbarwne stolce u 4.

Im silniejsza biegunka, tem jaśniejszą staje się barwa stolców i tem prędzej dochodzi do ryżowych stolców. W okresie zdrowienia stolce szybko przybierają barwę ciemniejszą, mniej więcej przechodząc przez te odcienie barw w odwrotnym porządku, również stają się coraz gęstsze. Na tę stopniową zmianę barwy stolców w razie zdrowienia pragnąłbym zwrócić tu uwagę, gdyż szczegół ten, jak mi się zdaje, dotąd pomijano.

Bezmocz stwierdzono u jednego chorego w 5. i 6. dniu choroby. W 6. dniu choroby oddał ten chory 11 stolców biało-żółtych. Z 27 chorych, których mocz badano co do białka, stwierdzono białkomocz u 7; białko nie pojawiało się w pierwszym dniu choroby, ale dopiero w następnych.

Najniższą ciepłotę pod pachą stwierdziliśmy 35°, najwyższą 37·5°. U 2 chorych była stale gorączka z powodu ran. W okresie zdrowienia z reguły stwierdzaliśmy ciepłotę 36—37°. U 6 tylko stwierdzono w okresie zdrowienia stany gorączkowe (37·5 - 39·1°), trwające dzień, dwa.

Tętno w biegunce cholerycznej często było zwolnione; najczęściej 50—60; w kilku przypadkach 40, a nawet niżej 40; w innych około 80; 100 stwierdziliśmy tylko u 2 chorych, bezpośrednio po przybyciu do szpitala, jednakże zaraz po ułożeniu w łóżku opadło tętno na 80. Inaczej zachowywało się tętno w cholerze ciężkiej.

W przypadkach niepowikłanych kliniczne wyleczenie biegunki nastąpiło przeważnie przed upływem 2 tygodni.

Choleryna.

Stwierdzono ją u 75 chorych. Z wyjątkiem 5, którzy liczyli wyżej 35 lat, a niżej 40, wszyscy inni liczyli niżej 35 lat, a z nich połowa niżej 25.

W pierwszym dniu choroby przybyło 8, w czternastym —2; najwięcej przybyło w dniu trzecim (17) i drugim (11).

Z 8 chorych, którzy przybyli do szpitala w pierwszej dobie choroby, stwierdzono wymioty w szpitalu u 6, dwaj zaś wymiotowali tylko przed przyjęciem do szpitala przez jeden dzień. Z wszystkich innych chorych, którzy powyżej doby trwania choroby do szpitala przybyli, stwierdzono wymioty u 25.

Ilość wymiotów na dzień nie była znaczna (wyjątek stanowi jeden chory); były też przerwy 1—2-dniowe, a nawet dłuższe, wolne od wymiotów. U wszystkich innych chorych nie stwierdziliśmy wymiotów w szpitalu, ale były one u wszystkich przed przybyciem do szpitala; niejednokrotnie miały być obfite. W szpitalu były wymioty zwykle obfite, występowały często nagle bez poprzednich nudności; wymiociny były zawsze płynne, niekiedy zabarwione żółcią.

Biegunka u 8 chorych, którzy w pierwszej dobie przybyli do szpitala, była lekka lub średniego nasilenia (do 10 stolców dziennie), trwała 1 do 7 dni, często ustępowała (u 4 chorych); to znów widzieliśmy naprzemian biegunkę z zaparciem (3) i stopniowe zmniejszanie się stolców (u jednego).

Z reszty chorych, którzy powyżej jednej doby trwania choroby do szpitala przybyli, nie stwierdzono biegunki u 14, u innych zaś trwała biegunka jeszcze i w szpitalu przez 1 dzień u 16, przez 2 dni u 8, przez 3 dni u 12, przez 4—5 dni u 11, powyżej tygodnia u 4, (najdłużej do 14 dni).

Czas trwania biegunki w cholerynie prawie nie różnił się od czasu trwania jej w biegunce cholerycznej.

Biegunkę wraz z wymiotami, a więc pełny obraz choleryny, stwierdzono w szpitalu u 24 chorych z tych, którzy przybyli do szpitala wyżej 1 doby trwania choroby.

Powrót jelit do zupełnej sprawności odbywał się w następujący sposób: 1) albo biegunka zmniejszała się stopniowo z dnia na dzień, dochodząc do jednego stolca dziennie; 2) albo po biegunce pojawiało się zaparcie, po którem znów biegunka, a po krócej już później trwającem zaparciu powrót do jednego stolca dziennie; 3) albo (rzadko nagle) biegunka ustaje, występuje czas jakiś trwające zaparcie, poczem jeden stolec dziennie.

Barwa stolców była ryżowa u 12 chorych, biało-żółta u 3, żółtawa lub zielonawa u 22, żółto-brunatna u 5, brunatna (czekoladowa) u 13, krwawo-wodnista u 1, przyczem wszystkie te stolce były płynne; stolce mniej lub więcej gęste były u 12 chorych.

Ciepłota zachowywała się podobnie, jak w przebiegu biegunki cholerycznej; średnio stwierdzano pomiędzy 35—36·5°. W okresie zdrowienia utrzymywała się ciepłota średnio na 36·8°. W jednym przypadku była ciepłota wyższa w przebiegu choleryny (37—37·9°), niż w okresie zdrowienia (36·3—36·9°). Prócz białkomoczu, dodatniego odczynu dwuazowego, nie było żadnych powikłań. U 9 chorych stwierdziliśmy w okresie zdrowienia stany podgorączkowe i gorączkowe, dla których badanie przyczyny nie wykazało.

Te podwyższenia ciepłoty, które wystąpiły poniżej 12. dnia trwania choroby, dla których badanie innej przyczyny nie wykazało, należy chyba odnieść do zakażenia cholerycznego. Prócz tych stwierdziliśmy gorączkę u 4 chorych (u 3 po miesiącu trwania choroby, u jednego po 20 dniach), którą mimo ujemnego wyniku badania trudno odnieść do zakażenia cholerycznego, gdyż wystąpiła po zupełnem wyzdrowieniu z cholery, gdy już w stolcu nie było prątków.

Tętno wynosiło najczęściej 60—80; u 10 chorych stwierdziliśmy niżej 50, z nich u 4 stale, u 8 około 50. Liczbę 100 raz stwierdziliśmy. Dzienne różnice pomiędzy rannem a wieczornem tętnem nie przenosiły 10, czasem wynosiły 20.

Mocz badaliśmy co do białka u 29 chorych; stwierdziliśmy białko u 19 chorych, u 8 ilość większą, u reszty mniejszą lub ślad. Białkomocz trwał u 2 chorych (jeden z zapaleniem pęcherza) przez 10 dni, u 6 przez 4 dni, u 2 przez 5 dni, u 1 przez 4 dni, u 6 przez dwa dni. Raz tylko stwierdziliśmy białkomocz w pierwszym dniu choroby, u reszty chorych później (w 4—5. dniu).

Bezmocz, krótko trwający, stwierdziliśmy w 2 przypadkach.

Z innych objawów cholery stwierdzono u 5 chorych lekką sinicę palców, u 7 chrypkę, u jednego ciągnienie w łydkach. U 2 chorych miały być kurcze w łydkach przed przyjściem do szpitala, ponieważ jednak zresztą w szpitalu był przebieg lekki, przeto te przypadki zaliczono do grupy choleryny.

Wyzdrowienie nastawało, w porównaniu z biegunką, naogół nieco później.

Cholerę ciężką

stwierdzono u 52 chorych, z których 22 miało 20—25 lat, 10. 25—30 lat, 11. 30—35 lat, 6. 35—40 lat, 3 powyżej 30 lat. Przeważna część tych chorych przybyła do szpitala w czerwcu (26) i lipcu (13).

W pierwszym dniu choroby przybyło 11, w drugim 10, w trzecim 8, w czwartym 5, w piątym 4, w szóstym 3, w siódmym 2 chorych; u reszty choroba trwała już powyżej tygodnia. W grupie chorych na ciężką cholerę było 21 rannych, 3 chorych równocześnie na inne choroby.

Niepodobna tu przytaczać przebiegu choroby w poszczególnych przypadkach. Wogóle przedstawiał on się rozmaicie. W 2 przypadkach o gwałtownym przebiegu objawy zatrucia miały przewagę nad objawami żołądkowo-jelitowymi.

U 15 chorych nie stwierdziliśmy wymiotów w szpitalu — wszyscy jednak wymiotowali przed przybyciem do szpitala. Z tych 15 przybyło w pierwszym dniu choroby 2, w drugim i trzecim po 3, reszta po upływie 3 dni. U wszystkich innych chorych stwierdziliśmy wymioty.

Wymioty albo pojawiały się codzień (i w nocy), trwały czas jakiś, następnie ustępowały na stałe, albo też po przerwie, trwającej dzień lub dwa, rzadko dłużej, znów się pojawiały, co zawsze oznacza pogorszenie. Najczęściej pojawiały się wymioty odrazu pierwszego dnia choroby, rzadko dopiero w 2—3. dniu trwania biegunki.

Przez ile dni trwały wymioty, nie we wszystkich przypadkach udało się dokładnie stwierdzić. Można było tylko dokładnie stwierdzić ilość dni trwania wymiotów w szpitalu. Najdłużej, 10 dni w szpitalu trwające wymioty stwierdzono u chorego, który przybył 3. dnia choroby (razem 13), 8 dni trwające w szpitalu u 2 chorych, z których jeden

przybył w pierwszej dobie, drugi w niewiadomym dniu choroby (wyzdrowieli); najczęściej trwały wymioty 4—5—6 dni.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr Stanisław Serkowski: **Epidemiologia i profilaktyka cholery.** Wydanie trzecie, uzupełnione. Warszawa 1915. Stron 307, rycin 24, w tem 3 mapy.

Książka Serkowskiego była widocznie na czasie, skoro nowe wydania jej następują po sobie bardzo szybko. Nie jest to jednak zupełna monografia; takie dzieło bowiem musiałoby mieć znacznie jeszcze większe rozmiary. Natomiast zawiera książka Serkowskiego wcale wyczerpujące zestawienie nowoczesnych poglądów na epidemiologię cholery (w rozdziale II), objaśnione zarysem przebiegu 6 epidemii cholery w Rosyi i Królestwie w latach 1904—1915 (w rozdziale I), dalej w 2 rozdziałach (IV i V) bakteryologię cholery, międzynarodowe urządzenia zapobiegawcze (w rozdziale III), zarys ogólnej profilaktyki (rozdz. VI), ustęp o szczepionkach, w którym omówiono także szczepionki przeciwdurowe i teoretyczne podstawy wakcynoterapii (rozdz. VII), wreszcie zasady dezynfekcyi, nietylko przy cholerze, ale i przy innych chorobach zakaźnych (rozdz. VIII), oraz sprawozdania z prac sanitarnych w Królestwie aż do czasu okupacyi (rozdz. IX, oraz ustępy w innych rozdziałach).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 28 kwietnia 1914 r.

1) Bronowski przedstawił (wraz z rentgenogramem) opracowany przypadek **prawostronnego żebra dodatkowego szyjnego.**

2) Gajkiewicz i Kijewski Fr. przedstawili chorego, **operowanego** z powodu zaburzeń mowy i porażenia kończyny górnej prawej **po urazie czaszki** z lewej strony z wynikiem dodatnim.

3) Higier przedstawił przypadek **ślepoty duchowej** wskutek zakrzepu w prawostronnej tętnicy mózgowej tylnej.

4) Higier przedstawił przypadek **psychozy amnestycznej Korsakowa,** trwającej blizko 20 lat.

5) Sokołowski A.: **O mięsaku pierwotnym płuca oraz parę uwag w sprawie rozpoznawania złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.** Zaznaczywszy rzadkość pierwotnych nowotworów złośliwych płuc, opisuje prelegent przypadek pierwotnego mięsaka, który występuje jeszcze rzadziej, niż raki. Następnie na podstawie 20 własnych przypadków omawia rozpoznanie nowotworów złośliwych płuc i opłucnej. Rozpoznanie bywa nieraz bardzo łatwe (nowotwory w dolnych odcinkach płuc), niekiedy dość trudne (nowotwory, rozwijające się przy wnęce lub wychodzące z oskrzela). Rozpoznanie opierać należy na całokształcie objawów fizycznych i przebiegu; pomagają tu nowoczesne metody: rentgenologia i bronchoskopia. Badanie plwociny wyjątkowo wykrywa komórki raka; obecność laseczników potwierdza rozpoznanie gruzicy, aczkolwiek spotyka się przypadki mieszane (nowotworu i gruźlicy). Opisywanemu przez Lenhartza tłuszczowemu zwyrodnieniu komórek, spotykanych jakoby stale w plwocinie chorych, dotkniętych rakiem płuca, prelegent nie przypisuje większego znaczenia. Dalej omówił S. szczegółowo symptomatologię i objawy przedmiotowe w przebiegu raka płuca, które same przez się nie przedstawiają cech charakterystycznych. Ważne znaczenie przypisuje szybkiemu chudnieniu i upadkowi sił. Niezawsze istnieje brak gorączki, często występuje gorączka stała lub czasowa, nietypowa, zależna od wchłaniania nowotworu lub wtórnych ognisk zapalnych. Prelegent twierdzi, że w tych przypadkach, w których przy jednoczesnym znacznym upadku stanu ogólnego objawy fizyczne ze strony klatki piersiowej, mimo starannego badania, nie mogą naprowadzić na ściślejsze rozpoznanie, należy przypuszczać obecność nowotworu złośliwego. Wreszcie porusza sprawę doszczętnego chirurgicznego leczenia nowotworów płuc, które jedynie we wcześnie rozpoznanych przypadkach może dać pewne pomyślne wyniki.

W dyskusyi zaznacza Kijewski, że rozpoznanie nowotworów płuc nie należy do łatwych zadań, szczególniej, jeżeli sprawa jest na początku swego rozwoju. Stąd też i sprawa leczenia tych guzów pozostawia wiele do życzenia. Niekiedy można otrzymać wyniki dodatnie na drodze operacyjnej i przez stosowanie promieni Roentgena. Resekcyę płuc z powodu nowotworu przedsiębrano w kilkunastu przypadkach, w pierwszych spostrzeżeniach tylko przy nowotworach wtórnych, przechodzących z części otaczających. W 1908 r. w pracy »O resekcyi płuc« zebrał K. 18 przypadków, z których 6 skończyło się niepomyślnie. Spostrzeżenia wykazują, że przy pewnych warunkach wycinanie nowotworów płuc, pomimo wszelkich trudności technicznych, może mieć szanse powodzenia. Spodziewać się też należy, że zabieg ten stosowany będzie częściej. — Doświadczenie uczy, że naświetlanie promieniami Roentgena przynosi korzyść chorym z nowotworami płuc, gdyż następuje bardzo często zmniejszanie się guza, oraz ustąpienie ciężkich objawów. W ostatnich czasach stwierdził K. znaczną poprawę u chorych z nowotworami złośliwymi po stosowaniu dożylnem enzytolu z następczem naświetleniem promieniami Roentgena. We wszystkich przypadkach otrzymywał K. poprawę, w niektórych nawet wybitną; guzy się zmniejszyły, i te, które zaliczono do nienadających się do operowania, można było usuwać.

Tadeusz Borzęcki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Napilniejsze potrzeby higieniczne ludu polskiego przedstawił Dr K. Chełchowski w wykładzie na I. Zjeździe higienistów polskich we Lwowie w r. 1914. Niedawno świetny ten wykład, ujmujący rzecz z szerszego stanowiska, a owiany gorącem umiłowaniem dobra kraju, wyszedł drukiem (w Nr. 3 »Zdrowia« warszawskiego z r. b.). Wskazując na emigracyę zarobkową, jako znamienny a tragiczny objaw ubożenia ludu, jako groźbę zepchnięcia go na stanowisko jakiejś niższej rasy, jakiegoś »nawozu pod inne ludy i rasy«, przechodzi Dr Chełchowski nader treściwie usterki higieniczne w życiu ludu polskiego, których przyczyną jest nietylko ubóstwo, ale cały szereg rozmaitych, poczęści głęboko w obecnym stanie umysłowości naszego ludu tkwiących czynników. Na przykładach, poczerpniętych z bystrej obserwacyi, wyjaśnia Dr Chełchowski te źródła, a zarazem wskazuje na źródła poprawy. Ze środków praktycznych, wiodących do niej, rozbiera Dr Ch. naprzód środki, należące do ogólnej polityki ekonomicznej: oświatę, podniesienie ekonomiczne, sprawę uregulowania emigracyi, krzewienie pracy zbiorowej (zrzeszeń, organizacyi). Dalej omawia podniesienie skali potrzeb higienicznych ludu, sprawę czystości ciała (ubiór, bielizna, kąpiele), żywienia się (lud nasz żywi się źle przedewszystkiem przez to, że sprzedaje wszystkie pożywniejsze produkta swego gospodarstwa, a następnie z powodu nieumiejętności przyrządzania potraw), mieszkania. W końcu porusza sprawę wychowania ludu do reform higienicznych (przez szkołę ludową) i środków ustawodawczych. Rozprawka Dr Chełchowskiego powinnaby — dziś zwłaszcza, gdy pogorszone przez wojnę stosunki nakazują tem usilniej zająć się i dalszą przyszłością — znaleźć się w rękach każdego polskiego lekarza, pobudzając do gruntownego rozważenia sprawy i do praktycznej pracy społeczno-higienicznej przy każdej sposobności. C.

Oryginalny pomysł podatkowy lekarza z Jarosławia. Niezbyt dawno pojawiła się w dziennikach pod tym lub podobnym tytułem wiadomość o projekcie podatku od recept, wniesionym przez Dr Salo Rossbergera z Jarosławia wprost do ministeryum skarbu. W najogólniejszym zarysie proponuje kol. R. podatek od jednej recepty w kwocie 5 halerzy, z czego 2 halerze ma płacić lekarz w postaci dwuhalerzowego stempla lekarskiego, aptekarz 2 halerze w postaci dwuhalerzowego stempla aptekarskiego, a odbiorca lekarstwa 1 halerz. Dochód z tego podatku ma prawdopodobnie służyć na zaopatrzenie wdów i sierot po lekarzach, a może i na utworzenie emerytur dla lekarzy. Projektu nie znamy wcale. Samo wciągnięcie pacyenta do współudziału w płaceniu owego podatku spotkało się tu i ówdzie w prasie z krytyką, niekiedy uszczypliwą, dotykającą osobiście Dr Rossbergera.

Dla objaśnienia podać należy kilka faktów, poprzedzających krok Dr Rossbergera. Jak w wielu innych wolnych zawodach, tak i w lekarskim, położenie materyalne jest bardzo często niepomyślne. Poza wybitnemi lub szczęśliwemi jednostkami pracuje jeszcze cały zastęp ludzi tęgich, nie przeciętnych, nie mających jednak dość czasu (przedwczesna śmierć lub choroba), lub sposobności zapewnienia sobie i najbliższej rodzinie znośnych warunków bytu. Wielu z nich często w młodym wieku ulega chorobom zakaźnym, albo nabytym wskutek wykonywania żmudnej praktyki prowincyonalnej. Pozostaje rodzina, zupełnie niezaopatrzona, skazana na najsmutniejsze koleje życia. Te stosunki zmusiły lekarzy do oglądnięcia się na siebie samych. Przed 15 mniejwięcej laty rozpoczęło się zrzeszenie lekarzy pod hasłem poprawy bytu materyalnego, a zwłaszcza zaopatrzenia na starość, jakoteż wdów i sierót. Powstało wówczas w Krakowie Towarzystwo Samopomocy lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny. Twórcami byli nieżyjący dziś prof. Dr Jordan, prof. Dr Trzebicky, Dr Langie, Dr Słapa, oraz wielu żyjących, ludzi dzielnych, szlachetnych, nie mogących obojętnem okiem patrzeć na straszny nieraz los swoich kolegów, ich wdów i sierot. Niebawem zrodziła się myśl stworzenia funduszu na zaopatrzenie wdów i sierot po niezamożnych lekarzach, a to w postaci stempla receptowego w wysokości 4 halerzy. Projektodawcą stempla receptowego był Dr Prebendowski z Radziechowa, a popierał go dzielnie Dr Rossberger z Jarosławia. Uwzględniali oni bardzo częste przypadki skrajnej nędzy, gdzie młody lekarz, zadłużony wskutek kosztownych studyów lekarskich, z powodu urządzenia się na kredyt, umierał często w zbyt młodym wieku n. p. na dur plamisty, zanim zdołał pospłacać długi, a cóż dopiero wyrobić sobie praktykę i zabezpieczyć się materyalnie tak, by nie pozostawić w nędzy wdowy i kilkorga drobnych dzieci.

Stempel receptowy miał kosztować, jak wyżej, 4 halerze, a miał go przylepiać lekarz na recepcie na koszt pacyenta. Wychodzono otwarcie i śmiało z tej zasady, że stan lekarski oddaje tyle bezpłatnych lub niemal bezpłatnych usług społeczeństwu, a więc chorym, że nie zubożeje ono, jeśli biedny pacyent »zapłaci« za bezpłatną ordynacyę 4 halerze, a zamożniejszy przyczyni się drobną kwotą do stworzenia owego funduszu. Za ofiary składane epidemiom duru osutkowego, brzusznego, cholery, czerwonki, ospy i wielu innych, jakie naprzemian nawiedzają nasz kraj, chciano w społeczeństwie wzbudzić poczucie obowiązku zaopatrzenia wdów i sierot po poległych bojownikach. Rozumie się samo przez się, że najczęściej przylepiał ten stempel sam lekarz, który w chwilach różowych chętnie przyczyniał się do własnego dzieła, mającego jemu wyłącznie służyć.

Projekt powyższy przyjęto wówczas z niesłychanym zapałem, tak bardzo widocznie odczuwano grozę położenia. Zajął się nim ówczesny prezes »Samopomocy« ś. p. prof. Dr Jordan. To nazwisko starczy za wszystko. Po wielomiesięcznych studyach i obliczeniach ruszył Jordan na czele delegacyi Wydziału »Samopomocy« do Wiednia, gdzie dla myśli zabezpieczenia lekarzy i ich rodzin — teraz już w całej Austryi — zdołał przychylnie usposobić wpływowe w ministeryach osoby. Projekt był na najlepszej drodze; niestety walki stronnictw w parlamencie, obstrukcya za obstrukcyą, pogrzebały wśród wielu innych i ten plan. Czasy takie trwały lata całe, zstąpił potem do grobu Jordan, nie było komu, kiedy i gdzie podjąć na nowo walki o słuszne prawa.

»Samopomoc« przekształciła się niebawem w »Związek krajowy lekarzy Galicyi i W. Ks. Krak.«, który pod tą nazwą mógł przystąpić do Związku centralnego organizacyi lekarskich w Austryi z siedzibą w Wiedniu. I tam przypominano ze strony Związku kraj. lek. niejednokrotnie ów projekt, który na małą skalę wprowadzony samorzutnie w życie u nas, dał Związkowi do dziś dnia czterdzieści tysięcy koron — z owych czterohalerzowych znaczków receptowych — tworzących dziś znany już w kraju fundusz imienia Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach, członkach »Samopomocy«, względnie Związku. Tym warunkiem chciano pobudzić wszystkich lekarzy w Galicyi do zapisywania się w poczet członków Związku.

Projektu powyższego nie zrozumiano już w Wiedniu, nie zapalano się do niego, bo naszych, a nie tamtych lekarzy, dziesiątkował tymczasem najgroźniejszy ze wszystkich dur osutkowy. My, przedmurze państwa, najwięcej ponosiliśmy ofiar, nic dziwnego, ze u nas zrodził się i błąkał ten plan. Nie minął on jednak bez echa. Za staraniem Izb lekarskich w Austryi zgodził się rząd przed trzema laty na wypłacanie z funduszów publicznych rocznie 50.000 koron Izbom lekarskim na wsparcia dla lekarzy lub ich rodzin, w zamian za bezpłatne przymusowe doniesienia o chorobie zakaźnej. Po wielu zabiegach przyznano Izbie lek. zachodnio-galicyjskiej w Krakowie z owej kwoty 5.000 koron, Izbie lek. wschodnio galicyjskiej we Lwowie 7.000 kor.

Dziś jeden z żyjących wnioskodawców, Dr Salo Rossberger z Jarosławia, człowiek dzielny, energiczny, w chwilach wolnych nie od »zajęć kasynowych«, ale ukradzionych niemal swej ciężkiej pracy zawodowej, podejmuje na nowo myśl, której jest współojcem. Dziś wobec możliwych niemożliwości występuje on ze swym planem, popierany niegdyś przez najwybitniejszych lekarzy, obecnie skromny lekarz z Jarosławia, »oznaczonego na mapie kółkiem z kropką«, pukając wprost do władz centralnych o uregulowanie piekącej sprawy. Giną przecież, zwłaszcza teraz, coraz częściej na dur osutkowy młodzi i starsi koledzy, dzienniki piszą smętne wzmianki, najbliższym zaś pozostaje w upominku — nędza.

Dr Rossberger domaga się w swym projekcie jednego halerza od pacyenta za receptę. Tych recept w bezpłatnej ordynacyi czyto prywatnej, czy szpitalnej lub klinicznej, możnaby rocznie naliczyć w naszym kraju dziesiątki, jeśli nie krocie tysięcy. Czy projekt Dra Rossbergera jest w swych szczegółach i szczególikach trafny i słuszny, nie możemy mówić, gdyż go nie znamy. Lekarzom o to nie chodzi, im zależy na tem, by jak najprędzej załatwiono w odpowiedniej chwili żywotną dla nich sprawę, a do tego zmierzają wznowione usiłowania dzielnego lekarza z Jarosławia. Dr. G. Grzybowski.

W sprawie wynagrodzeń lekarzy okręgowych delegowanych. W »Przeglądzie lekarskim« z d. 1. VII. 1916 Nr 7. podane zostało w całej osnowie pismo Związku lekarzy okręgowych, wysłane przez Izbę lekarską zach.-gal. i za jej poparciem do c. k. Namiestnictwa. Na pismo to nadeszła odpowiedź ze strony c. k. Namiestnictwa, którą również »Przegląd lekarski« podaje.

Na niektóre punkta w tej odpowiedzi należy z całym naciskiem zwrócić uwagę, by sprawa była należycie wyświetloną.

Otóż co do dyet w wysokości 20 koron dziennie za zwalczanie chorób zakaźnych, to, o ile mi wiadomo, tej wysokości dochodzą one tylko przy zwalczaniu cholery, duru plamistego; lekarze okręgowi delegowani nie dostają jednakże takich dyet za zwalczanie epidemii ospy, płonicy, błonicy, duru brzusznego, czerwonki, ale tylko dyety w kwocie 7 koron. Czy lekarze okręgowi delegowani mają prawo domagać się przy tłumieniu takich chorób podwyższenia dyet, o tem lekarze okręgowi drogą urzędową nie zostali powiadomieni; również nie było takiego zawiadomienia o kwotach, asygnowanych przez c. k. Namiestnictwo Starostwom, z którychby lekarze okręgowi mogli otrzymywać zaliczki po przedłożeniu rachunków kosztów podróży. W jednym czy dwu wypadkach zawiadomiono w lutym b. r., iż Starostwo może wyasygnować 250 koron na rachunek szczepień na rok 1916; podano się o tę sumę natychmiast, ale otrzymano ją dopiero 15 maja b. r., kiedy szczepienie było zupełnie skończone. Podnieść należy, że rachunki tak za szczepienie, jak również za tłumienie epidemii, przedkładane są c. k. Starostwom bardzo wcześnie (zaraz po szczepieniu i każdego miesiąca przy tłumieniu epidemii), a że one potem miesiącami zalegają w c. k. Starostwie, toż przecie za to winy lekarze okręgowi ponosić nie mogą. Za szczepienie za r. 1915 otrzymali niektórzy lekarze okręgowi zapłatę dopiero 31. maja 1916, a za tłumienie epidemii, po zupełnem nieraz skreśleniu kilometrowego i począści dyet, odebrali lekarze okręgowi należytość za czas do 1. VIII. 1915 również aż w maju b. r., a za sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień 1915 dotąd nic nie otrzymali. Pracujemy ponad nasze siły, gdyż niektórzy lekarze okręgowi mieli do szczepienia i tłumienia epidemii w r. 1915 nieraz po trzy okręgi; taksamo i w r. b. tłumienie epidemii polecają nam c. k. Władze i w innych okręgach. Ceny za furmanki tak w r. 1915, jak

i w roku bieżącym są bardzo wysokie, gdyż wynoszą za jedną jazdę 16—20 koron, które lekarz okręgowy natychmiast z własnej kieszeni musi płacić. Wypłacane przez c. k. Namiestnictwo ciągle według taksy przedwojennej »kilometrowe« nie pokrywa nawet w połowie kosztów, jakie lekarze okręgowi przy cenach obecnych muszą ponosić za podwody. To też ze swych skromnych dyet w kwocie 7 koron muszą lekarze okręgowi wyrównywać należytości za furmanki. Zważyć zaś należy, że lekarze okręgowi, mając rozjazdy prawie codzienne do innych okręgów i miejscowości, odległych od miejsca zamieszkania, (jeden z lekarzy był zajęty rozjazdami od lutego do września 1915 prawie bez przerwy), stracili na praktyce, znosili trudy i niewygody i za to wszystko musieli jeszcze z własnej kieszeni furmanki opłacać. Nic więc dziwnego, że lekarze okręgowi są tem wszystkiem do głębi poruszeni i że wśród nich panuje zupełnie usprawiedliwione rozgoryczenie, gdyż z jednej strony, poczuwając się do obowiązków obywatelskich, spieszą z ochotą na każde wezwanie do tłumienia epidemii, z drugiej jednak strony mają przecież obowiązek utrzymania siebie i swych rodzin; nadmierna zaś praca i troski materyalne przy obecnych ciężkich bardzo warunkach i drożyźnie niekorzystnie odbijają się na ich siłach i zdrowiu. Dalsze traktowanie lekarzy okręgowych w sposób dotychczasowy może ich w zupełności zrazić do pracy. Pełniąc ją dziś z całem zaparciem się siebie, zasłużyli też lekarze okręgowi raczej na szczególną opiekę Władz, a nie na zarzuty.

Dr Józef Bednarski, lekarz okręgowy w Alwerni.

Oszczędność w używaniu leków zaleciło c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych (Rozporz. z d. 3. maja 1916 L. 2244) wszystkim lekarzom i aptekarzom z powodu wielkiej trudności sprowadzania i wyrobu oraz ogromnego podrożenia. W tym celu wydało Ministerstwo pouczenie, które można otrzymać bezpłatnie z Departamentu sanitarnego c. k. Namiestnictwa. Pouczenie to poleca poniechać używania do lekarstw tłuszczów jadalnych (zwłaszcza sadła i oliwy), zakazuje używać ich do środków kosmetycznych; do maści należy używać waseliny; lawatywy oliwne należy zastąpić mydlanemi. Zamiast środków przeczyszczających zagranicznych (ol. rącznikowy, kaskara, aloes, senes, rzewień chiński), należy używać soli i wód gorzkich, fenolftaleiny, kruszyny (cortex frangulae), rzewnia krajowego. Z alkaloidów należy oszczędzać kofeiny i chininy; alkaloidy makowca bardzo podrożały. Skrobię (mączkę pszeniczną, ryżową i t. p.) należy w zasypkach zastępować łojkiem (talcum). Gorzknik (hydrastis) zastępować należy syntetyczną hydrastyniną i sporyszem. Zamiast wymiotnicy (ipecacuanha) należy używać kory kwilaji i t. p. Kamforę należy stosować tylko jako środek wewnętrzny i do wstrzykiwań, usunąć zaś z użytku zewnętrznego (wcierań). Nie należy też używać siemienia lnianego do okładów i t. p. Zamiast balsamu peruwiańskiego należy stosować inne środki (ichtyanat, maść Wilkinsona dziegciową i t. p.). Z chemikaliów należy szczególnie oszczędzać kwasu borowego i cytrynowego i soli bizmutowych, dalej alkoholu, eteru, chloranu potasowego, jodu, kwasu azotowego i jego związków, siarki. Jaknajwiększej oszczędności wymaga stosowanie bawełny (waty, opasek), kauczuku (ceratki zastępować batystem Billrotha, papierem woskowym, sączki — rurkami szklanemi lub gazą i t. d.). — Wreszcie zaleca się oszczędzanie metali (narzędzi nie niklować i t. p.). — W receptach zapisywać tylko bezwzględnie konieczne ilości leków, nie za duże. r.

†

Dr Władysław Reiss

profesor dermatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł nagle w Krakowie w d. 28. lipca 1916.

Życiorys zmarłego podamy w jednym z następnych zeszytów.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 7. lipca b. r. ukończyła »Gazeta lekarska« swoje pierwsze pięćdziesięciolecie. Rocznicę tę upamiętniła »Gazeta« wydaniem wspaniałego zeszytu, zawierającego oprócz dwunastu artykułów oryginalnych podniosłe słowo wstępne od Redakcyi, oraz zarys historyi czasopisma. Dzieje »Gazety lekarskiej« skreślił w »Przeglądzie lekarskim« (w zeszycie jubileuszowym w r. 1911) prof. Dr Wrzosek. Tytuły prac oryginalnych, zawartych w tegorocznym pamiątkowym zeszycie »Gazety«, podajemy w zwykłej rubryce.

Jubileusz »Gazety lekarskiej« przyniósł zmianę w zewnętrznej szacie wydawnictwa; format znacznie zwiększony zbliża się do formatu naszego pisma, zeszyt pamiątkowy oznaczono zaś jako Nr 1. i 2. tomu I. seryi III.

— Radnymi miasta Warszawy zostali wybrani z kuryi lekarskiej: Dr K. Chełchowski i W. Chodźko, oraz aptekarz J. Rutkowski; nadto weszli do Rady z innych kuryi lekarze: J. Zawadzki, L. Babiński, B. Pręgowski (I), A. Rząd (II), J. Mutermilch (IV), S. Goldflam (V), J. Reszal (VI). Prezesem Rady miejskiej mianowany został rektor Dr Józef Brudziński.

— Otrzymaliśmy wydane w r. 1915 i 1916 zeszyty »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«, oraz wydany niedawno, a wzorowo pod redakcyą Dr T. Borzęckiego opracowany »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1913«.

— Nagrodę im. Pląskowskiego otrzymał Dr Maurycy Bornstein.

— Zmarł w Warszawie w 83 r. ż. Julian Jankowski, przez lat 58 sekretarz kancelaryi Towarzystwa lekarskiego.

Z różnych stron. Z Genewy donoszą do dzienników polskich: Z powodu ustąpienia z katedry profesorskiej w uniwersytecie genewskim sędziwego profesora Zygmunta Laskowskiego, urządzili przebywający w Szwajcaryi Polacy uroczyste zebranie ku uczczeniu jubilata. Czas wojenny uniemożliwił przyjazd przedstawicieli polskich instytucyi naukowych, które musiały się jedynie ograniczyć do wysłania telegramów gratulacyjnych. Zebraniu przewodniczył adwokat Osuchowski i pierwszy z licznego szeregu mowców podniósł zasługi uczonego. Po nim przemawiali pp.: Claparède, Privat, Rey, Estreicher, Potulicki, ks. Gralewski, Orłowski, Bartoszewicz, Kucharzewski, Ratyński, Szuster, Kluczyński i K. Żmigrodzki, dyrektor muzeum polskiego z Rapperswilu. Po przemówieniach wręczono profesorowi Laskowskiemu adres, pendzla artysty malarza E. Dąbrowy. Jubilat, wzruszony uroczystością, dziękował zebranym dłuższem przemówieniem. Program zebrania zakończyła część artystyczna. W uroczystości wzięło udział liczne grono osób z kolonii polskiej w Genewie, nadto przedstawiciele kolonii polskich z Lozanny, Morges, Vevey, Rapperswilu i Berna szwajcarskiego. Jako trwałą

pamiątkę uroczystości ufundowano stypendyum im. Laskowskiego dla Polaków, kształcących się w uniwersytecie genewskim.— Uroczystość ta odbyła się niezależnie od uroczystości, jaką dla prof. Laskowskiego urządził Uniwersytet genewski, który oprócz tego mianował prof. Laskowskiego honorowym doktorem Wydziału przyrodniczego.

Zmarli: w Niemczech internista prof. A. Fraenkel, chirurg i stomatolog prof. Busch (Berlin), dermatolog prof. Lang (Wiedeń); w Anglii ginekolog prof. Russell (Edynburg); we Francyi ginekolog prof. Delore (Lyon), słynny bakteryolog prof. Miecznikow (Paryż).

Dr Jozafat Nowacki, lekarz miejski w Ząbkowicach, gorliwy i zasłużony działacz społeczny; Dr Feliks Arnstein, autor licznych prac oryginalnych, w Otwocku w 67 r. ż.

Redakcya otrzymała: Z. Wachtel: 1) Aortitis luetica a atherosis aortae. Kraków 1916. stron 47. 2) Zur Frage der Benzoltherapie der Leukämie. (Deut. m. Woch. 1913). — Czubalski: Chemiczne podniety nerwów. Kraków 1916. str. 23. — Janiszewski: O odżywianiu się krakowskiej pracującej ludności. (1916) str. 10. — Nowaczyński: Wrzód dwunastnicy. Kraków 1916, str. 81. — Scharf, Sokołowska i Gieszczykiewicz: Über die Serumbehandlung der Ruhr. (Med. Klinik 1916, 6). — Gieszczykiewicz: 1) Über Coli- Mit- u. Paragglutination. (Centrbl. f. Bakt. 1916). 2) Beiträge zur Kenntniss der Säureagglutination. (Zeits. f. Immun. 1916).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. Zesz. 7. (J. F. Lehmann). Cena 2·75 Mk.

Lipcowy zeszyt zawiera rozprawy prof. W. Stoeckla p. t. »Zagadnienia położnicze«, prof. A. Martina »O postępach ginekologii« i prof. O. Hoehnego »O zapaleniu pochwy, wywołanem przez rzęsistki (trichomonas)«. Prof. Stoeckel porusza w swej rozprawie zajmujące zagadnienia w rozdziałach p. t. »Wojna a ginekologia«, oraz »Spadek liczby urodzin a polityka ludnościowa«. r.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w Lipcu 1915.

Gazeta lekarska. Rok LI. Nr 1—2 (jubileuszowy): Starkiewicz: Od Redakcyi. — Peszke: 1866—1916. — Bronowski: Kilka myśli o walce ustroju ludzkiego z czynnikami zakaźnymi.— Dębiński: Stwardnienie płuca włókniste wieloogniskowe doświadczalne. — Jaworski: Z biologii nowotworów. — Karwacki: Próby leczenia gorączki powrotnej. — Kryński: Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnień wrodzonych w stawie biodrowym u dorosłych. — Pawiński: Wązkość aorty i zrost osierdzia. — Pruszyński: O działaniu jadu tężcowego na układ krwionośny.— Puławski: Przyczynek do etyologii choroby Basedowa. — Rzętkowski: O udziale czerwonych krążków krwi w przemianie białka. — Serkowski: Próba peptonowa w mleku. — Sławiński: Zapalenie ostre ograniczone kiszki grubej. — Sokołowski: Parę uwag o charakterze ostrego zapalenia płuc w czasie obecnej wojny.

Nr 3—4: Jan Pieniążek: Prof. Przemysław Pieniążek (wspomnienie pośmiertne) (3). — Salutryński: Prosty sposób leczenia złamań uda. (3). — Heryng: Ropne zapalenie ucha środkowego. Martwica młotka. (4). — Mikulski: Stosunek umysłowo chorych do bezpośrednio postrzeganych wypadków wojennych. (4).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 28.: Biehler Matylda: Ogólne podstawy racyonalnego żywienia dzieci (28). — Sterling Wł. (dok. 28).

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego:

1914: Nowicki: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

1915: Simchowicz: O zmianach histologicznych w układzie nerwowym w doświadczalnie wywołanem zatruciu tyreoidynowem.

1916: Zesz. 1.: Chełchowski: Klęskowe lata na ziemiach polskich (1846—1855).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.